

Шиленок Д.В.

ИНФИЦИРОВАНИЕ ТРАНСПЛАНТАТОВ ПОСЛЕ АОРТОБЕДРЕННЫХ РЕКОНСТРУКЦИЙ.

/ Витебск /

Частота гнойно-воспалительных осложнений при реконструктивных операциях на брюшной аорте в настоящее время остается достаточно высокой, составляя 8-14% в различных клиниках. Это обусловлено тем, что большинство операций на аорте и артериях конечностей выполняется с применением весьма чувствительных к инфекции сосудистых трансплантатов. Гнойно-воспалительные процессы в ишемизированных тканях протекают особенно неблагоприятно, сопровождаются развитием поливалентной микрофлоры и зачастую не корригируются антибиотикотерапией.

В Витебской областной клинической больнице частота гнойно-септических осложнений после реконструктивных сосудистых операций составила 7,8%. После 317 реконструктивных операций на аорте и артериях конечностей в 25 случаях послеоперационный период осложнился различными проявлениями раневой инфекции, в частности у 12 пациентов было отмечено инфицирование трансплантата. Все эти больные были оперированы в плановом порядке по поводу окклюзирующих заболеваний аорты и артерий нижних конечностей, причем большинство из них по поводу хронической ишемии конечностей III-IV ст. Интервал манифестации инфекции после операции был в пределах от 5 дней до 2 месяцев.

Частота больных с поверхностными гнойно-воспалительными осложнениями составила 4,1%. В данных случаях мы не выполняли удаление трансплантата. Лечение ограничивалось ревизией, санацией раны без вмешательства в зону сосудистых анастомозов и консервативным лечением. Во всех случаях наступило выздоровление пациентов.

Главным принципом тактики лечения больных с инфицированными бифуркационными трансплантатами являлось своевременное удаление трансплантата или его части. При инфицировании трансплантата в области только одного дистального анастомоза мы резецировали лишь одну браншу с оставлением интактных анастомозов. Данная операция выполнена 7 пациентам. Во 4 случаях после операции из-за прогрессирующей ишемии были выполнены ампутации конечностей. У 2 больных удалось сохранить конечности, но с явлениями ишемии III ст. У 1 больного была ошибочно недооценена распространенность инфекционного поражения, в результате наступил летальный исход из-за аррозивного кровотечения из проксимального анастомоза.

Одному больному с инфицированием проксимального анастомоза после удаления всего

трансплантата было выполнено подключино-бедренное бифуркационное шунтирование с сохранением кровоснабжения конечностей.

При тотальном инфицировании протеза 5 больным произведено удаление трансплантата с перевязкой магистральных артерий и проведением интенсивной и антибактериальной терапии. Однако все больные скончались от прогрессирующей ишемии конечностей и тазовых органов. При данном объеме инфекционного поражения мы не сочли возможным выполнить одномоментные операции атипичного шунтирования из-за очевидности инфицирования нового трансплантата.

Одним из путей решения проблемы гнойно-септических осложнений реконструктивных сосудистых операций является проведение широкого комплекса профилактических мероприятий на различных этапах хирургического лечения. При развитии гнойно-септического осложнения необходима как можно более ранняя его диагностика с выполнением повторных превентивных операций до развития аррозивного кровотечения.